

tim ne smije uslijediti u neposrednoj blizini mjesta šišanja. U tu svrhu mora biti smještena ispred cilindra, te lima za prašinu, rešetkasta ograda.

U pogledu higijenske zaštite rada treba se osvrnuti na najvažnije opće momente, kao što su izgradnja dovoljnog broja zahoda, praonica, kupatila (tuševa) kao i garderoba. No svakako je potrebno spomenuti kao jedan od najvažnijih specijalnih problema higijene rada u tekstilnim poduzećima borbu protiv prašine kod rada u odjeljenjima, gdje se razvija prašina u velikim količinama. U tim odjeljenjima, neophodno je potrebno, da se izgrade naročite naprave za odstranjivanje te prašine i to na sistem isisavanja, naročitim kanalima tzv. ekshaustorima, kod kojih je važno, da se njihovo djelovanje prilagodi i naravi samog posla.

Time smo u kratkim crtama iznijeli važnije momente rada kao i zaštitne mjere u tekstilnoj industriji, dok će se na probleme zdravstvene zaštite rada u toj grani proizvodnje za sigurno u jednom od narednih brojeva »Arhiva« osvrnuti koji od liječnika-higijeničara.

Literatura: Syrup, Handbuch des Arbeitsschutzes und der Betriebs-sicherheit.

DR. STANKO DUJMUŠIĆ:

CLAUDE BERNARD-HORNEROV KOMPLEKS KAO KOMPLIKACIJA TORAKOKAUSTIKE

Iz lječilišta Središnjeg zavoda za socijalno osiguranje Brestovac
Ravnatelj: Prim. Dr. Stanko Dujmušić

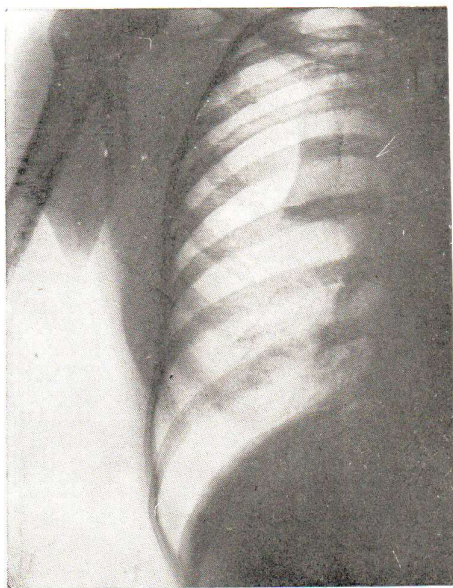
Premda su parietalna hvatišta pleuropulmonalnih adhezija veoma često implantirana nad subpleuralno položenim živčanim snopovima, naročito nad simpatikusom i njegovim područnim ganglijama, te premda je torakokaustika veoma česta operacija, ipak su komplikacije sa strane živčevlja veoma rijetko posljedica ovog zahvata. Opisan je već i prije okulopupilarni sindrom kao posljedica akustike, a u zadnje vrijeme, naročito sa francuske strane, množe se publikacije o ovom incidentu. Valjda je proširena indikacija kaustike uzrok tome učestalom oštećenju. U tom smislu imamo tumačiti saopćenja Haurion-Bouvrain-Roche-a, Hinault-Coury-Combet-a, Secousse-Fréour-a, i Pruvost-Brincourta. Mi smo preko 600 torakokaustika i endoskopijskih pneumoliza imali — i to nedavno — svega jedanput ovu komplikaciju. Budući u našoj literaturi

još nije bilo govora o ovom sindromu kao komplikaciji kaustike, mislimo, da je vrijedno potanje se na njega osvrnuti.

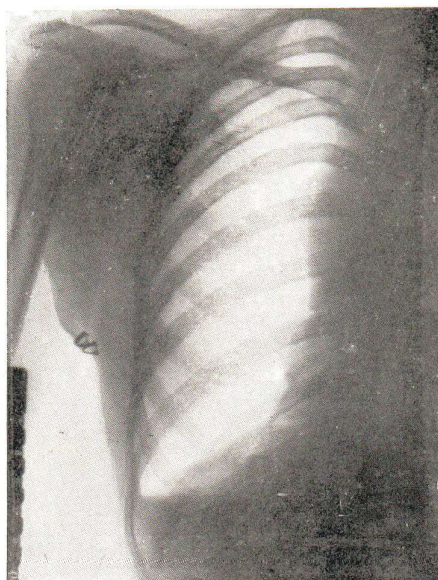
Bolesnica M. J., rođ. 1925., neudata, seljanka. Razbolila se u travnju 1946. Pljunula malo krvi i liječnik joj našao kavernu na desnom pluću. Primila pneumotoraks na tu stranu u svemu sedam puta prije prijema u sanatorij. Primljena u zavod 25. VII. 1946. Niska, gracilna, slabije hranjena. 145 cm visoka, 39 kg teška. Subfebrilna, Westergren: 15—32 mm, sputum mikroskopski negat. na Kocha, urin b. o. Klinički desno simptomi pneumotoraksa. Röntgen pokazuje 26. VII. desno pneumotoraks s masivno infiltriranim, selektivno skupljenim gornjim režnjem. U gornjem režnju razapeti kavum nešto manji od oraha (sl. 1). Bolesnica je došla u naš zavod samo zato, da joj se kompletira pneumotoraks, pa već 7. VIII. izvršimo kaustiku: unidemo s novim Kremerovim operacionim torakoskopom u IV. interkost. prostoru između prednje i srednje aksilarne linije. Pokažu se nad gornjim spratom lateralno i straga tri opsežna sistema svinutih, sukulentnih membrana i u vrhu medijalno, tik iza arterije subklavije i na njoj ploštinasto sraštenje, koje prelazi u hilus. Membrane prepaljene, a ploštinasto sraštenje odljučeno iz kupole i sa gornjeg dijela gornjeg medijastinuma. Lako krvarenje iz trokarovog uboda samo se brzo zaustavi, te ne iziskuje protumjera. Sl. 2. snimljena neposredno poslije zahvata pokazuje nove odnose. Pneumotoraks se, kasnije još, razvije u vrlo lijepi selektivni oblik. Bolesnica je par dana poslije zahvata febrilna oko 38,0° C, ali se temperature uskoro spuste na normalu i takovim ostanu. Međutim već sutradan, cca 20 sati poslije zahvata opazimo jasno izražen okulopupilarni sindrom desnog oka (sl. 3. od 8. VIII.): ptoza, mioza, enoftalmus, hiperemija konjunktive. Uz to hiperemija i anhidroza desnog obraza. Mioza je veoma jasno izražena, pa smo je i fotografski fiksirali (sl. 4. od 9. VIII.). Slijedećih dana intenzitet promjena malo popušta, ali ostane i nadalje jasno izražen sve do 30. VIII. 1946., kojim danom bolesnica napušta lječilište. Prethodno smo pokušali uplivati na oštećenje simpatikusa parenteralnom aplikacijom visokih doza B vitamina, bez vidljivog efekta.

Epikritički je teško prosuditi mehaniku ovog slučaja. Neposredno nakon zahvata sigurno nije bilo opisanih promjena; kada su one u noći mogle nastati, nije više moguće utvrditi. Svakako nije bilo direktne ozljede kauterom, jer bi promjene bile vidljive već dan ranije (bolesnica je bila operirana oko podne 7. VIII.). Kakav će biti daljnji tok, teško je reći: Haurion-Bouvrain-Roche smatraju, da je to benigna promjena, koja se reparira spontano u nekoliko nedjelja ili nekoliko mjeseci, dok Secousse-Fréour skeptički prosuđuju prognozu. Njihovi slučajevi su već

Dr. Dujmušić: Claude Bernard-Hornerov kompleks kao komplikacija torakokaustike



Sl. 1. od 26. VII. 1946.



Sl. 2. od 7. VIII., neposredno poslije torakokaustike



Dr. Dujmušić: Claude Bernard-Hornerov kompleks kao komplikacija torakokaustike



Sl. 3 od 8 VIII., 20 sati poslije torakokaustike.



Sl. 4. od 9. VIII. Upadna je razlika u veličini zjenica.



dulje vremena perzistentni, bez tendencije ka regresiji (20 mjeseci, 16 mjeseci i jednu godinu). Mi smo zamolili našu bolesnicu, da nas o eventualnim promjenama izvijesti.

Inače je komplikacija bezazlene prirode, tek — prema slučaju — više ili manje nakazi izgled.

LITERATURA:

Dujmušić: Operativna torakoskopija, 1946. — **Haurion-Bouvrain-Roche:** Revue de la tuberculose, 1942. — **Hinault-Coury-Combet:** Revue de la tuberculose, 1944. — **Secousse-Fréour:** Revue de la tuberculose, 1944/1945.

Dr. Nikolić Vlada:

O LEČENJU SRČANIH BOLESNIKA I OCENI NJIHOVE RADNE SPOSOBNOSTI

Bolesti srca i krvotoka još u vremenu pre rata, a naročito posle njega, skreću sve više pažnju medicinskih krugova na sebe i postaju pored medicinskog i socijalni problem. Zbog toga smo mišljenja, da neće biti bez interesa, ako lečenju srčanih bolesti posvetimo ovaj rad.

Ali tema o terapiji srčanih bolesnika toliko je obimna, da je vremenski i tehnički nemoguće u okviru jednog rada kao što je ovaj obuhvatiti sve što je od značaja za nas lekare i što bi bilo i korisno i interesantno o tome reći.

Prema tome ostaje jedina mogućnost da, u glavnim potezima, iznesemo ono što je najbitnije i što predstavlja osnovu srčane terapije, ne ulazeći detaljno u opisivanje terapije pojedinih srčanih i vaskularnih oboljenja.

Zbog toga smatramo da ćemo najbolje učiniti, ako temu obradimo sa jednog praktičnog gledišta, koje bi na prvom mestu zadovoljilo nas lekare praktičare u opštoj praksi socijalnog osiguranja. U tom cilju zadržaćemo se u svom izlaganju na onim metodama lečenja koje su nama dostupne, a koje pravilno i na vreme primenjene, moraju biti od koristi kako bolesniku tako i našem lekarskom renomeu te i samom socijalnom osiguranju, jer će te metode lečenja dati najbolji efekat za najkraće vreme i sa najmanje materijalnih izdataka.

I ako smo već napomenuli da ćemo se u svome izlaganju držati onoga što je osnovno, ipak držimo da je potrebno i korisno ondje, gde će samo izlaganje zahtevati, da iznesemo pojedine momente iz simpto-